



**Service Départemental d'Incendie et de
Secours des Alpes-Maritimes**

**MANUEL DE
GESTION DU
S.P.V.**

SOMMAIRE

Chapitre I : Engagement	Page 3
Procédure de recrutement	Pages 4 à 7
Engagement saisonnier	Pages 8 à 9
Engagement quinquennal	Pages 10 à 11
Chapitre II : Renouvellement d'engagement	Pages 12 à 13
Chapitre III : Mutation	Pages 14 à 15
Chapitre IV : Mise en disponibilité	Pages 16 à 17
Chapitre V : Changement de grade	Pages 18 à 21
Chapitre VI: Récompense	Pages 22 à 23
Chapitre VII : Sanction	Pages 24 à 25
Chapitre VIII : Cessation d'activité	Pages 26 à 31
Démission et radiation	Pages 27 à 29
Non renouvellement d'engagement quinquennal	Page 30
Retraite	Page 31
Chapitre IX: Accident en service commandé	Pages 32 à 33
Chapitre X: Règles engagement opérationnel	Pages 34 à 37

CHAPITRE I

L'ENGAGEMENT

Réf. :

- Articles 5 à 13 et 67 du décret 99-1039 du 10 décembre 1999 modifié relatif aux S.P.V
- Note D.D.S.I N°2004-8612 du 6 août 2004 relatif au recrutement de personnel mineur.



INFORMATIONS POUR CANDIDATURE DE SAPEUR POMPIER VOLONTAIRE

Vous avez sollicité un engagement comme sapeur-pompier volontaire dans le corps départemental des Alpes Maritimes.

Vous vous engagez :

- A suivre une formation initiale
- A vous rendre disponible pour assurer les missions dévolues au service.

Dans le cadre de cet engagement et si votre candidature est retenue vous bénéficierez d'examens médicaux afin de déterminer votre aptitude physique à l'emploi de sapeur-pompier volontaire, conformément aux textes en vigueur et comprenant notamment :

- un **bilan sanguin**,
- Un **dépistage urinaire des toxiques** suivants : héroïne, cocaïne, amphétamines et cannabis.
- Une **radiographie pulmonaire** (toutefois, si vous possédez un cliché datant de moins d'un an, vous le présenterez) et un **test tuberculinique (IDR)**.
- Les **vaccinations DT Polio et Hépatite virale B** à jour sont obligatoires pour être opérationnel.

Des bons de prise en charge vous seront remis si votre candidature est retenue.

Votre recrutement ne pourra intervenir que sous réserve de votre aptitude physique à cet emploi, (article 5 – Loi du 13 juillet 1983).

SAPEURS POMPIERS VOLONTAIRES DEVOIRS-DROITS

Vous allez signer un engagement de Sapeurs-Pompiers Volontaires, ce statut donne des droits mais impose surtout des devoirs.

DEVOIRS

ENGAGEMENT

L'engagement que vous allez signer est valable 5 ans

A la fin de cette période vous devez à nouveau constituer un dossier de réengagement qui sera soumis à l'approbation du service.

OBEISSANCE

Tout sapeur-pompier doit respect et obéissance à ses supérieurs.

En cas de :

- Non-respect du règlement
- De manquement à la discipline
- Non observation des consignes

La hiérarchie peut engager à l'encontre de l'agent concerné une procédure disciplinaire accompagnée des sanctions prévues par les textes.

DEVOIR DE RESERVE

Tout sapeur-pompier se doit de respecter une certaine déontologie et une certaine éthique.

Pour ce faire, il est soumis au :

Secret professionnel et médical

L'article 226-13 Code Pénal soumet tout sapeur-pompier au secret professionnel et médical et donc à l'interdiction de délivrer à quiconque des faits ou informations dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses missions.

Discrétion professionnelle

Le sapeur-pompier ne doit pas divulguer à des tiers toutes informations relatives au fonctionnement du service.

Devoir de réserve

Le sapeur-pompier ne doit pas proférer en public des propos, des jugements mettant en cause le fonctionnement du service ou de la hiérarchie.

Compte tenu de ces obligations, toutes informations transmises au travers des réseaux sociaux sur internet sont interdites.

TENUE

Lors de votre incorporation vous allez percevoir une dotation d'effets vestimentaires dont vous avez la responsabilité de l'entretien et que vous devez restituer à la cessation de votre activité.

Par ailleurs, en tout temps votre aspect général (rasage, coupe de cheveux), port d'attribut décoratif (percing, boucles d'oreilles) doit être compatible avec le port de l'uniforme et le respect des règles de sécurité individuelle.

FORMATION

Pour exercer une activité complète vous devez satisfaire à la formation initiale des SPV comprenant divers modules répartis en 306 heures de formation à effectuer sur deux ans.

Vous aurez la possibilité d'intervenir et de participer aux missions en fonction de l'avancement de votre cursus et de l'acquisition des modules.

Après 2 ans de service, vous êtes tenu de participer aux séances de formation continue soit 40 heures tous les 3 ans.

CESSATION DE FONCTION

Démarche volontaire

Vous avez la possibilité de cesser volontairement votre activité soit :

- Par démission
- Par non-renouvellement de votre engagement quinquennal
- Par atteinte de la limite d'âge

Décision de l'administration

Par ailleurs, le service peut engager contre tout SPV une procédure d'exclusion en cas de :

- Période probatoire non satisfaisante
- Activité opérationnelle insuffisante
- Rejet de la demande de renouvellement quinquennal
- Inaptitude physique
- Procédure disciplinaire pour faute grave.

CAPACITE PHYSIQUE

Tout sapeur-pompier se doit d'entretenir une forme physique indispensable à l'accomplissement de ses missions. Aussi, vous devez vous soumettre aux visites de contrôle d'aptitude et de suivi médical lors du recrutement, du renouvellement, de la surveillance annuelle.

INTERRUPTION D'ACTIVITE

Tout SPV en arrêt de maladie doit obligatoirement en informer son chef de centre et ne peut participer à aucune activité.

Signature :

ADDICTION

L'introduction et la consommation de boissons alcoolisées et de produits stupéfiants sont interdits à l'intérieur de la caserne.

DROITS

INDEMNISATION

L'activité de SPV donne droit au versement d'indemnité horaire dont les modalités de taux sont définies par le conseil d'administration en fonction de la nature de la mission effectuée :

- Intervention
- Garde
- Astreinte
- Formation

AVANCEMENT

Vous pouvez bénéficier d'un avancement de grade conformément aux textes réglementaires.

DISPONIBILITES

Vous pouvez demander à suspendre votre engagement pour raisons personnelles. Cette suspension ne peut être inférieure à 6 mois et n'excéder 9 ans cumulés dans la carrière.

La fonction de Sapeurs-Pompiers Volontaires ne doit pas être considérée comme une activité rémunératrice mais comme un engagement citoyen.

1^{er} ENTRETIEN AVEC UN CANDIDAT, OBTENTION D'INFORMATIONS SUR L'ACTIVITE DE S.P.V

Le chef de centre reçoit le candidat :

- Pour lui présenter la fonction de S.P.V,
- Pour lui énumérer les obligations réglementaires et morales d'un S.P.V,
- Pour lui demander d'adresser :
 - Une lettre de motivation
 - Un Curriculum Vitae

à

Monsieur Le Président du Conseil d'Administration
du Service Départemental d'Incendie et de Secours des Alpes-Maritimes
140 Avenue Maréchal de Lattre de Tassigny
B.P n°99
06271 VILLENEUVE-LOUBET CEDEX

Le bureau du recrutement S.P.V enverra un courrier à l'intéressé(e) accusant réception de sa candidature.

Remettre la plaquette d'information sur l'activité de S.P.V

TESTS DE SELECTION (suivant les groupements) ET/OU ENTRETIEN AVEC LE CANDIDAT

Suite à la réception de la demande de candidature, le bureau du recrutement S.P.V transmet le dossier au chef de groupement concerné pour étude.

La GRH du groupement et/ou le chef de centre convoque le candidat :

SOIT, POUR LES GROUPEMENTS ORGANISANT DES TESTS DE SELECTION :

➤ Pour lui faire passer :

1°- Des épreuves sportives

2°- Un entretien permettant :

de juger ses motivations

de vérifier s'il a bien pris connaissance des exigences de son futur engagement

en qualité de S.P.V en particulier :

- 300 heures de formation initiale
- acceptation de la hiérarchie
- disponibilité pour assurer au mieux le service

de lui expliquer les différentes étapes de la procédure de recrutement et de constitution des dossiers :

- Analyse médicale
- Bon de prise en charge pour les analyses médicales
- Contrôle aptitude : visite médicale effectuée par le S.S.S.M
- Distribution de la fiche imprimée d'engagement
- Demande par le S.D.I.S du casier judiciaire n°2

SOIT, POUR LES GROUPEMENTS N'ORGANISANT PAS DES TESTS DE SELECTION :

Un entretien permettant :

de juger ses motivations

de vérifier s'il a bien pris connaissance des exigences de son futur engagement

en qualité de S.P.V en particulier :

- 300 heures de formation initiale
- acceptation de la hiérarchie
- disponibilité pour assurer au mieux le service

de lui expliquer les différentes étapes de la procédure de recrutement et de constitution des dossiers :

- Analyse médicale
- Bon de prise en charge pour les analyses médicales
- Contrôle aptitude : visite médicale effectuée par le S.S.S.M
- Distribution de la fiche imprimée d'engagement
- Demande par le S.D.I.S du casier judiciaire n°2

RECRUTEMENT DU CANDIDAT

- Constituer le dossier d'engagement (cf pages 8 à 11 pour les pièces à fournir).

- Prendre rendez-vous avec la médecine professionnelle :

Site Technopolis : 04 92 13 46 74

Site Magnan : 04 92 15 31 72

L'intéressé doit se présenter à la visite médicale munit :

- d'une radio pulmonaire,
- d'un bilan sanguin datant de moins de 6 mois,
- être à jour de ses vaccinations.

Envoyer le dossier complet à la G.R.H du Groupement.

**Transmission du dossier signé par le chef de G.T
au bureau S.P.V pour inscription au C.C.D.S.P.V**

RECRUTEMENT DU CANDIDAT MINEUR

LES QUOTAS

(Conformément à la note du D.D.S.I.S N°2004/8612)

- Le recrutement de mineurs titulaires du brevet national des cadets est limité à 20% maximum de l'effectif S.P.P. ou S.P.V du C.I.S. étant caporal et ayant plus de 5 ans d'ancienneté.
- Le recrutement de mineurs non titulaires du brevet national des cadets est limité à 10% maximum de l'effectif S.P.P. ou S.P.V du C.I.S. étant caporal et ayant plus de 5 ans d'ancienneté.
- Etant précisé que si ces pourcentages ne sont pas atteints dans l'une ou dans l'autre des catégories, il est possible de les augmenter dans la limite de 30% de l'effectif de référence.

LE TUTORAT D'UN CANDIDAT MINEUR

- Il est impératif que le tuteur prévu par la réglementation soit désigné dès le recrutement pour toute la durée du parcours de formation du S.P.V mineur.

L'ENGAGEMENT D'UN CANDIDAT MINEUR

- Pour tout engagement de mineur joindre obligatoirement l'autorisation parentale dûment complétée au dossier d'engagement.

POUR TOUT RECRUTEMENT

Après le CCDSPV :

- Attendre l'attribution d'un numéro matricule par le bureau S.P.V,
- Prendre rendez-vous avec le service habillement pour l'attribution du paquetage en suivant la procédure du groupement.

- A la réception de l'arrêté d'engagement, procéder à la notification de l'arrêté :

- * signature par l'intéressé(e) du bordereau de notification,
- * signature des 2 exemplaires comportant le tampon de notification :

1 exemplaire de l'arrêté est à retourner au bureau S.P.V
1 autre est pour l'intéressé(e)
Le 3^{ème} est à conserver dans les archives du C.I.S

ENGAGEMENT SAISONNIER

Engagement saisonnier plage ou renfort feu de forêt : (4 mois maximum, 1 seule fois par an)

➤ *Pièces à fournir :*

- 1 fiche de renseignements dûment remplie et signée,
- 1 relevé d'identité bancaire ou postal **au nom de l'intéressé(e)**,
- 1 photocopie de l'attestation de sécurité sociale (ou autre attestation d'affiliation à un régime d'assurance sociale) **en cours de validité**,
- 1 photocopie de l'intégralité du livret de famille ou celui des parents ; pour les ressortissants étrangers, copie de l'extrait de naissance,
- La visite médicale d'aptitude établie par le service de médecine professionnelle du S.D.I.S 06,
- 1 photo d'identité récente,
- 1 certificat de participation à la journée d'appel à la défense ou un état des services militaires,
- Diplômes :
 - F.D.F 1 et/ou F.D.F 2 pour un renfort feu de forêt,
 - B.N.S.S.A, P.S.E 1 et P.S.E 2 pour un saisonnier plage

Engagement saisonnier plage ou renfort feu de forêt d'un personnel déjà SPV dans un autre département :

➤ *Pièces à fournir :*

- 1 fiche de renseignements dûment remplie et signée,
- 1 relevé d'identité bancaire ou postal **au nom de l'intéressé(e)**,
- 1 photocopie de l'attestation de sécurité sociale (ou autre attestation d'affiliation à un régime d'assurance sociale) **en cours de validité**
- 1 photocopie de l'intégralité du livret de famille ou celui des parents ; pour les ressortissants étrangers, copie de l'extrait de naissance,
- La visite médicale d'aptitude établie par le service de médecine professionnelle du S.D.I.S 06,
- 1 photo d'identité récente,
- 1 certificat de participation à la journée d'appel à la défense ou un état des services militaires,
- Diplômes :
 - F.D.F 1 et/ou F.D.F 2 pour un renfort feu de forêt,
 - B.N.S.S.A, P.S.E 1 et P.S.E 2 pour un saisonnier plage
- L'autorisation du président ou du directeur du S.D.I.S d'origine pour le saisonnier mentionnant la période d'activité au sein du S.D.I.S 06,
- L'arrêté de nomination dans un grade (si le SPV est au minimum caporal),

Engagement saisonnier renfort feu de forêt d'un moins de 18 ans :

➤ Pièces à fournir :

- 1 fiche de renseignements dûment remplie et signée,
- 1 relevé d'identité bancaire ou postal **au nom de l'intéressé(e)**,
- 1 photocopie de l'attestation de sécurité sociale (ou autre attestation d'affiliation à un régime d'assurance sociale) **en cours de validité**,
- 1 photocopie de l'intégralité du livret de famille ou celui des parents ; pour les ressortissants étrangers, copie de l'extrait de naissance,
- La visite médicale d'aptitude établie par le service de médecine professionnelle du S.D.I.S 06,
- 1 photo d'identité récente,
- 1 certificat de participation à la journée d'appel à la défense ou un état des services militaires,
- Diplômes :
 - FDF1 et/ou FDF2
 - PSE1 et PSE2
- Le formulaire d'autorisation d'engagement rempli par le représentant légal du candidat mineur

ENGAGEMENT QUINQUENNAL

Engagement quinquennal faisant suite à un engagement saisonnier : (à prévoir au CCDSPV)

➤ Pièces à fournir :

- La fiche de renseignements dûment remplie et signée.

Engagement quinquennal : (à prévoir au CCDSPV)

➤ Pièces à fournir :

- 1 fiche de renseignements dûment remplie et signée,
- 1 relevé d'identité bancaire ou postal **au nom de l'intéressé(e)**,
- 1 photocopie de l'attestation de sécurité sociale (ou autre attestation d'affiliation à un régime d'assurance sociale) **en cours de validité**,
- 1 photocopie de l'intégralité du livret de famille ou celui des parents ; pour les ressortissants étrangers, copie de l'extrait de naissance,
- La visite médicale d'aptitude établie par le service de médecine professionnelle du S.D.I.S 06,
- 1 photo d'identité récente,
- 1 certificat de participation à la journée d'appel à la défense ou un état des services militaires,

Engagement quinquennal d'un moins de 18 ans : (à prévoir au CCDSPV)

➤ Pièces à fournir :

- 1 fiche de renseignements dûment remplie et signée,
- 1 relevé d'identité bancaire ou postal **au nom de l'intéressé(e)**,
- 1 photocopie de l'attestation de sécurité sociale (ou autre attestation d'affiliation à un régime d'assurance sociale) **en cours de validité**,
- 1 photocopie de l'intégralité du livret de famille ou celui des parents ; pour les ressortissants étrangers, copie de l'extrait de naissance,
- La visite médicale d'aptitude établie par le service de médecine professionnelle du S.D.I.S 06,
- 1 photo d'identité récente,
- 1 certificat de participation à la journée d'appel à la défense ou un état des services militaires,
- Le formulaire d'autorisation d'engagement rempli par le représentant légal du candidat mineur.

Engagement quinquennal d'un ancien SPV venant d'un autre département :
(à prévoir au CCDSPV)

➤ *Pièces à fournir :*

- 1 fiche de renseignements dûment remplie et signée,
- 1 relevé d'identité bancaire ou postal **au nom de l'intéressé(e)**,
- 1 photocopie de l'attestation de sécurité sociale (ou autre attestation d'affiliation à un régime d'assurance sociale) **en cours de validité**,
- 1 photocopie de l'intégralité du livret de famille ou celui des parents ; pour les ressortissants étrangers, copie de l'extrait de naissance,
- La visite médicale d'aptitude établie par le service de médecine professionnelle du S.D.I.S 06,
- 1 photo d'identité récente,
- 1 certificat de participation à la journée d'appel à la défense ou un état des services militaires,
- L'arrêté de radiation de son ancien S.D.I.S,
- Les arrêtés de nominations aux différents grades.
- Le récapitulatif du versement des cotisations personnelles obligatoires PFR (si le SPV a plus de 5 ans d'ancienneté).

Mutation extra-départementale :

➤ *Pièces à fournir :*

- 1 fiche de renseignements dûment remplie et signée,
- 1 relevé d'identité bancaire ou postal **au nom de l'intéressé(e)**,
- 1 photocopie de l'attestation de sécurité sociale (ou autre attestation d'affiliation à un régime d'assurance sociale) **en cours de validité**,
- 1 photocopie de l'intégralité du livret de famille ou celui des parents ; pour les ressortissants étrangers, copie de l'extrait de naissance,
- La visite médicale d'aptitude établie par le service de médecine professionnelle du S.D.I.S 06,
- 1 photo d'identité récente,
- 1 certificat de participation à la journée d'appel à la défense ou un état des services militaires,
- 1 courrier de l'intéressé demandant sa mutation avec les avis favorables de son S.D.I.S d'origine,
- L'autorisation du président ou du directeur du S.D.I.S d'origine pour la mutation,
- Les arrêtés de nominations aux différents grades,
- Copie du dossier SPV (formations, visites médicales...),
- Les relevés de cotisations obligatoires PFR si l'intéressé cotise.

**IMPRIMES
A TRANSMETTRE**



FICHE DE RENSEIGNEMENTS SAPEUR-POMPIER VOLONTAIRE

(A ETABLIR EN UN EXEMPLAIRE ET A TRANSMETTRE OBLIGATOIREMENT AU S.D.I.S)

CENTRE D'INCENDIE ET DE SECOURS DE N° MATRICULE

- Engagement quinquennal..... à compter du
- Engagement saisonnier (de 1 à 4 mois maximum)..... à compter du
Durée de l'engagement : mois
- Renouvellement engagement quinquennal à compter du
- Engagement service de santé. à compter du

Grade de recrutement :

S'agit-il d'un changement d'affectation hors département : OUI NON

Si oui, ancien S.D.I.S. :

ETAT CIVIL ET SITUATION FAMILIALE

M Mme Mlle

Nom : Prénoms :

Né(e) le :/...../..... à : Département :

Nationalité : N°Sécurité sociale : /

Adresse personnelle :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Situation familiale : Célibataire Concubinage Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf (ve)

Nom et prénom du conjoint : Né(e) le :/...../.....

Enfants : 1 – Nom : Prénom : M F né(e) le :

2 – Nom : Prénom : M F né(e) le :

3 – Nom : Prénom : M F né(e) le :

4 – Nom : Prénom : M F né(e) le :

Personne à prévenir en cas d'accident (nom et téléphone) :

EMPLOI

- Grande entreprise PME Artisan Profession Libérale Agriculteur Etudiant Demandeur d'emploi Autre Privé
 SPP SP militaire Fonction publique d'Etat Fonction publique Territoriale Fonction publique Hospitalière Autre Public

Profession ou fonction : depuis le :

Nom et adresse exacte de l'employeur :

..... Téléphone de l'employeur :

SITUATION MILITAIRE

Service National déjà effectué : OUI NON Service effectué du au

Ou Journée d'appel à la défense effectuée le :

L'activité de sapeur-pompier volontaire n'est en aucun cas assimilée à un emploi et n'ouvre donc pas droit aux prestations de quelque sorte que ce soit servies par la sécurité sociale, en dehors de la protection en cas d'accident en service commandé.

Ne présentant pas un emploi, l'activité de sapeur-pompier volontaire ne peut pas permettre une inscription à ce titre auprès de l'agence nationale pour l'emploi, ni de bénéficiaire, à l'issue de l'engagement ou en cas de radiation prématurée, d'indemnités ou d'allocations pour perte d'emploi ou autre.

Par ailleurs, l'intéressé s'engage à exercer son activité de sapeur-pompier volontaire avec obéissance, discrétion et responsabilité dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur. Il s'engage également à signaler à son chef de centre, dans les trois jours, tout arrêt maladie ou accident de travail qui surviendrait dans le cadre de son activité professionnelle.

Signature de l'intéressé

« J'atteste de l'authenticité des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à fournir au S.D.I.S. toute modification d'adresse, d'employeur et de domiciliation bancaire. »
«Lu et approuvé»

Visa du chef de centre

(cachet et signature)

Visa du chef de groupement

(cachet et signature)

Visa du D.D.S.I.S. chef de corps

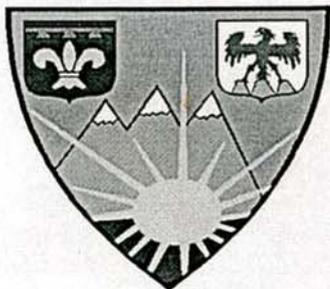
JOINDRE OBLIGATOIREMENT A CETTE FICHE (Tout dossier incomplet sera refusé)

- Un relevé d'identité bancaire ou postal au nom de l'intéressé
- Copie de l'attestation d'affiliation à un régime d'assurance sociale en cours de validité
- Copie de l'intégralité du livret de famille ou celui des parents
- Pour les ressortissants étrangers, copie de l'extrait de naissance
- Copie du certificat de participation à la journée d'appel à la défense ou un état des services militaires
- Deux photos d'identité récentes de l'intéressé (une seule pour un engagement saisonnier)
- Pour les moins de 18 ans, l'autorisation parentale dûment complétée pour l'engagement d'un SPV mineur
- Arrêté(s) ou attestation(s) des services antérieurs effectués en qualité de S.P.V. dans un autre département
- Copies de vos diplômes et copies de vos qualifications en qualité de sapeur-pompier
- Copie du permis de conduire, éventuellement du permis ambulance

Le certificat médical d'aptitude sera transmis directement au bureau de gestion des S.P.V. par le bureau de médecine professionnelle

- Pour un 1^{er} engagement quinquennal ou saisonnier, la visite médicale doit être effectuée au bureau de médecine professionnelle à Sudalparc - Immeuble L'Emeraude - Avenue des Alpes - 06800 Cagnes-sur-Mer. Tél : **04.92.13.46.74.**

- Pour un renouvellement quinquennal, la visite médicale peut être effectuée par un médecin de sapeurs-pompiers habilité à se prononcer sur l'aptitude physique et médicale des sapeurs-pompiers.



AUTORISATION PARENTALE POUR L'ENGAGEMENT D'UN SAPEUR-POMPIER VOLONTAIRE MINEUR

Je soussigné(e) monsieur ou madame.....
responsable légal du mineur (nom - prénom).....
en qualité de père – mère – tuteur (rayer la mention inutile),
certifie par la présente l'autoriser à exercer et à suivre les formations nécessaires à l'exercice
des activités de sapeur-pompier volontaire au centre d'incendie et de secours
de

Fait à

Le

Pour servir et valoir ce que de droit.

Signature du responsable

**DOSSIER
MEDICAL**



PROCEDURE MEDECINE PROFESSIONNELLE
FICHE N°3 – LISTING DES DOCUMENTS A FOURNIR LORS VISITE RECRUTEMENT
SAPEUR POMPIERVOLONTAIRE OU PROFESSIONNEL

Auteur : Médecin Commandant V.VANDOMME	Réf : Article 5 de la loi 83-634 du 13 juillet 1983 - Arrêté 6 mai 2000 consolidé au 24 juillet 2006.
Contrôlé par : Médecin Commandant F.POUGET	Page : 1
Approuvé par : Médecin Lt Colonel JM.STEVE	Publication : 15 mars 2007
	Révision :

- * 1 radiographie pulmonaire datant de moins d'un an.
 - * 1 bilan biologique datant de moins d'un an et comprenant :
 - NFS – VS - Plaquettes
 - Glycémie à jeun
 - Cholestérol - Triglycérides
 - Créatinine
 - Gamma GT - SGOT – SGPT
 - Glycosurie, protéinurie et hématurie à la bandelette
 - Recherche d'anti-corps anti-HBs si la vaccination a eu lieu après l'âge de 25 ans.
 - * Le carnet de vaccinations à jour :
 - dates de l'ensemble des vaccinations D.T.P.,
 - dates des injections de la primo vaccination hépatite B et rappels éventuels,
 - date(s) vaccination(s) BCG (tuberculose) .
 - * I.D.R. (intradermoréaction) de moins de 3 mois.
 - * Le courrier confirmant votre recrutement (du Chef de Groupement ou du C.I.S.)
 - * 1 photo d'identité.
 - * Si vous êtes porteur d'une correction visuelle, veuillez vous présenter avec vos lunettes (et/ou le matériel de conservation de vos lentilles).
-
- * Les mineurs doivent être accompagnés d'un des deux parents.
 - * Les rendez-vous pour la visite de recrutement de Sapeur-Pompier doivent être pris **LE MATIN** au numéro de téléphone suivant : 04.92.13.46.74

Un certificat médical concernant l'aptitude sera systématiquement remis à l'intéressé à l'issue de sa visite.

DOCUMENTS MEDICAUX A FOURNIR

VISITE DE RECRUTEMENT

SAPEUR-POMPIER VOLONTAIRE

- 1 radiographie pulmonaire datant de moins d'un an.
- 1 bilan biologique datant de moins d'un an et comprenant :
 - NFS, VS, Plaquettes
 - Glycémie à jeun
 - Cholestérol - Triglycérides
 - Créatinine
 - Gamma GT, SGOT, SGPT
 - Glycosurie, protéinurie et hématurie à la bandelette
 - Recherche d'anti-corps anti-HBS à partir de 25 ans si le dernier rappel du vaccin de l'hépatite B date de plus de 5 ans.
- Le carnet de vaccinations à jour :
 - Date de l'ensemble des vaccinations D.T.P
 - Date des injections de la primo vaccination hépatite B et rappels éventuels,
 - Date d'une vaccination BCG (tuberculose).
- I.D.R. (intradermoréaction) de moins de 3 mois.
- Le courrier du chef de C.I.S ou de GT confirmant le recrutement.
- 1 photo d'identité.

Si l'intéressé est porteur d'une correction visuelle, se présenter avec lunettes (et/ou le matériel de conservation des lentilles)

Pour les mineurs, ils doivent être accompagnés de l'un des deux parents.

Les rendez-vous pour la visite de recrutement de sapeur-pompier doivent être pris,

le matin, aux numéros de téléphone suivant :

Technopolis : 04 92 13 46 74

Nice Magnan : 04 92 15 31 72

Un certificat médical concernant l'aptitude sera systématiquement remis à l'intéressé(e) à l'issue de la visite.

CHAPITRE II

RENOUVELLEMENT D'ENGAGEMENT

Réf. :

- Article 8 du décret 99-1039 du 10 décembre 1999 modifié relatif aux S.P.V

RENOUVELLEMENT D'ENGAGEMENT

➤ *Pièces à fournir :*

- 1 fiche de renseignements dûment remplie et signée,
- 1 photocopie de l'attestation de sécurité sociale (ou autre attestation d'affiliation à un régime d'assurance sociale) **en cours de validité**,
- La visite médicale d'aptitude pour le renouvellement établie par le service de médecine professionnelle du S.D.I.S 06,
- 1 relevé d'identité bancaire ou postal **au nom de l'intéressé(e)** (s'il est différent de l'ancien),
- 2 photos d'identité récentes.

REJET DE LA DEMANDE DE RENOUVELLEMENT QUINQUENNAL

Courrier recommandé à envoyer 6 mois avant la date d'échéance de l'engagement.

Objet : réengagement quinquennal

Monsieur/Madame,

Votre engagement quinquennal prend fin le

Vous devez donc solliciter auprès de notre service une demande de renouvellement.

Lors de ces dernières années,

(2 propositions au choix)

- votre activité a été nettement insuffisante au regard des obligations exigées par la fonction SPV.
- votre attitude a été jugée incompatible au regard de la conduite exigée par la fonction de SPV.

En conséquence, je vous informe que j'émet un avis défavorable à votre demande de renouvellement de votre engagement et que je proposerai au prochain CCDSPV le rejet de celle-ci.

Dans l'attente, je vous prie de croire Monsieur/Madame en l'expression de mes salutations distinguées.



FICHE DE RENSEIGNEMENTS SAPEUR-POMPIER VOLONTAIRE

(A ETABLIR EN UN EXEMPLAIRE ET A TRANSMETTRE OBLIGATOIREMENT AU S.D.I.S)

CENTRE D'INCENDIE ET DE SECOURS DE N° MATRICULE

- Engagement quinquennal..... à compter du
- Engagement saisonnier (de 1 à 4 mois maximum)..... à compter du
Durée de l'engagement : mois
- Renouvellement engagement quinquennal à compter du
- Engagement service de santé. à compter du

Grade de recrutement :

S'agit-il d'un changement d'affectation hors département : OUI NON

Si oui, ancien S.D.I.S. :

ETAT CIVIL ET SITUATION FAMILIALE

M Mme Mlle

Nom : Prénoms :

Né(e) le :/...../..... à : Département :

Nationalité : N°Sécurité sociale : /

Adresse personnelle :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Situation familiale : Célibataire Concubinage Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf (ve)

Nom et prénom du conjoint : Né(e) le :/...../.....

Enfants : 1 – Nom : Prénom : M F né(e) le :

2 – Nom : Prénom : M F né(e) le :

3 – Nom : Prénom : M F né(e) le :

4 – Nom : Prénom : M F né(e) le :

Personne à prévenir en cas d'accident (nom et téléphone) :

EMPLOI

- Grande entreprise PME Artisan Profession Libérale Agriculteur Etudiant Demandeur d'emploi Autre Privé
 SPP SP militaire Fonction publique d'Etat Fonction publique Territoriale Fonction publique Hospitalière Autre Public

Profession ou fonction : depuis le :

Nom et adresse exacte de l'employeur :

..... Téléphone de l'employeur :

SITUATION MILITAIRE

Service National déjà effectué : OUI NON Service effectué du au

Ou Journée d'appel à la défense effectuée le :

L'activité de sapeur-pompier volontaire n'est en aucun cas assimilée à un emploi et n'ouvre donc pas droit aux prestations de quelque sorte que ce soit servies par la sécurité sociale, en dehors de la protection en cas d'accident en service commandé.

Ne présentant pas un emploi, l'activité de sapeur-pompier volontaire ne peut pas permettre une inscription à ce titre auprès de l'agence nationale pour l'emploi, ni de bénéficiaire, à l'issue de l'engagement ou en cas de radiation prématurée, d'indemnités ou d'allocations pour perte d'emploi ou autre.

Par ailleurs, l'intéressé s'engage à exercer son activité de sapeur-pompier volontaire avec obéissance, discrétion et responsabilité dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur. Il s'engage également à signaler à son chef de centre, dans les trois jours, tout arrêt maladie ou accident de travail qui surviendrait dans le cadre de son activité professionnelle.

Signature de l'intéressé

« J'atteste de l'authenticité des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à fournir au S.D.I.S. toute modification d'adresse, d'employeur et de domiciliation bancaire. »
«Lu et approuvé»

Visa du chef de centre

(cachet et signature)

Visa du chef de groupement

(cachet et signature)

Visa du D.D.S.I.S. chef de corps

JOINDRE OBLIGATOIREMENT A CETTE FICHE (Tout dossier incomplet sera refusé)

- Un relevé d'identité bancaire ou postal au nom de l'intéressé
- Copie de l'attestation d'affiliation à un régime d'assurance sociale en cours de validité
- Copie de l'intégralité du livret de famille ou celui des parents
- Pour les ressortissants étrangers, copie de l'extrait de naissance
- Copie du certificat de participation à la journée d'appel à la défense ou un état des services militaires
- Deux photos d'identité récentes de l'intéressé (une seule pour un engagement saisonnier)
- Pour les moins de 18 ans, l'autorisation parentale dûment complétée pour l'engagement d'un SPV mineur
- Arrêté(s) ou attestation(s) des services antérieurs effectués en qualité de S.P.V. dans un autre département
- Copies de vos diplômes et copies de vos qualifications en qualité de sapeur-pompier
- Copie du permis de conduire, éventuellement du permis ambulance

Le certificat médical d'aptitude sera transmis directement au bureau de gestion des S.P.V. par le bureau de médecine professionnelle

- Pour un 1^{er} engagement quinquennal ou saisonnier, la visite médicale doit être effectuée au bureau de médecine professionnelle à Sudalparc - Immeuble L'Emeraude - Avenue des Alpes - 06800 Cagnes-sur-Mer. Tél : **04.92.13.46.74.**

- Pour un renouvellement quinquennal, la visite médicale peut être effectuée par un médecin de sapeurs-pompiers habilité à se prononcer sur l'aptitude physique et médicale des sapeurs-pompiers.

CHAPITRE III

MUTATIONS

Réf. :

- Article 42-1 du décret 99-1039 du 10 décembre 1999 modifié relatif aux S.P.V

MUTATION

MUTATION INTRA-DEPARTEMENTALE :

➤ *Pièces à fournir :*

- La demande de mutation de l'intéressé(e) dûment signée et avec avis du chef de centre,
- Transmission du document au chef du groupement pour avis et signature.

MUTATION EXTRA-DEPARTEMENTALE :

➤ *Pièces à fournir :*

- 1 fiche de renseignements dûment remplie et signée,
- 1 relevé d'identité bancaire ou postal **au nom de l'intéressé(e)**,
- 1 photocopie de l'attestation de sécurité sociale (ou autre attestation d'affiliation à un régime d'assurance sociale) **en cours de validité**,
- 1 photocopie de l'intégralité du livret de famille ou celui des parents ; pour les ressortissants étrangers, copie de l'extrait de naissance,
- La visite médicale d'aptitude établie par le service de médecine professionnelle du S.D.I.S 06,
- 1 photo d'identité récente,
- 1 certificat de participation à la journée d'appel à la défense ou un état des services militaires,
- 1 courrier de l'intéressé demandant sa mutation avec les avis favorables de son S.D.I.S d'origine,
- L'autorisation du président ou du directeur du S.D.I.S d'origine pour la mutation,
- Les arrêtés de nominations aux différents grades,
- Copie du dossier SPV (formations, visites médicales...),
- Les relevés de cotisations obligatoires PFR si l'intéressé cotise.

- A la réception de l'arrêté de mutation, procéder à la notification de l'arrêté :

* signature par l'intéressé(e) du bordereau de notification,

* signature des 2 exemplaires comportant le tampon de notification :

1 exemplaire de l'arrêté est à retourner au bureau S.P.V

1 autre est pour l'intéressé(e)

Le 3^{ème} est à conserver dans les archives du C.I.S



SERVICE DEPARTEMENTAL
D'INCENDIE ET DE SECOURS

DEMANDE DE CHANGEMENT D'AFFECTATION S.P.V.

Nom :		Matricule :	
Prénom :		Grade :	
<u>Affectation actuelle</u> :		<u>Affectation souhaitée</u> :	
.....		
<u>Motivations de l'agent</u> :			
Date et signature :			

POUR AVIS ET SIGNATURES :

<u>Chef du centre actuel</u> :	<u>Chef du centre souhaité</u> :
<u>Chef du groupement territorial actuel</u> :	<u>Chef du groupement territorial souhaité</u> :

TOUTE CORRESPONDANCE DEVRA ETRE ADRESSEE IMPERSONNELLEMENT A

CHAPITRE IV

MISE EN DISPONIBILITE

Réf. :

- Articles 38 à 41 du décret 99-1039 du 10 décembre 1999 modifié relatif aux S.P.V

MISE EN DISPONIBILITE

MISE EN DISPONIBILITE

(de 6 mois à 9 ans maximum durant toute la carrière de S.P.V)

➤ *Pièce à fournir :*

- 1 courrier de l'intéressé demandant sa mise en disponibilité en précisant la durée et la date de départ de sa suspension d'activité, avec avis et signatures du chef de centre,

- Transmettre le courrier au chef du groupement.

Même procédure pour les prolongations de mise en disponibilité.

REPRISE ANTICIPEE :

➤ *Pièce à fournir :*

- 1 courrier de l'intéressé demandant sa reprise anticipée avant la fin de la mise en disponibilité en précisant la date de reprise, avec avis et signatures du chef de centre,

- Transmettre le courrier au chef du groupement.

- L'intéressé doit passer une visite médicale de reprise auprès du service de médecine professionnelle du S.D.I.S 06

REPRISE APRES MISE EN DISPONIBILITE :

➤ *Pièce à fournir :*

- L'intéressé doit passer une visite médicale de reprise auprès du service de médecine professionnelle du S.D.I.S 06

- A la réception de l'arrêté de mise en disponibilité ou de reprise anticipée, procéder à la notification de l'arrêté :

* signature par l'intéressé(e) du bordereau de notification,

* signature des 2 exemplaires comportant le tampon de notification :

1 exemplaire de l'arrêté est à retourner au bureau S.P.V

1 autre est pour l'intéressé(e)

Le 3^{ème} est à conserver dans les archives du C.I.S

CHAPITRE V

CHANGEMENT DE GRADE

Réf. :

Articles 15 à 28 du décret 99-1039 du 10 décembre 1999 modifié relatif aux S.P.V

PROMOTION

La G.R.H volontaire transmet pour avis les tableaux de changement de grades des agents du C.I.S dont la candidature peut être présentée au prochain C.C.D.S.P.V

- Le chef du C.I.S et le chef du Groupement émettent un avis et le stipulent sur le document.

Le dossier est ensuite transmis à la G.R.H volontaire qui le présente à l'avis des membres du C.C.D.S.P.V

N.B :

Avant d'entériner l'inscription au stage de sergent, vous devez vous assurer de la possibilité de nomination en vous référant aux quotas réglementaires par rapport à l'effectif de votre centre (1/4 de l'effectif total du C.I.S).

Cette recherche peut être faite par l'intermédiaire du dispositif SIPA.

- Pour toutes les promotions, à la réception de l'arrêté de nomination, procéder à la notification de l'arrêté :

- * signature par l'intéressé(e) du bordereau de notification,
- * signature des 2 exemplaires comportant le tampon de notification :

1 exemplaire de l'arrêté est à retourner au bureau S.P.V

1 autre est pour l'intéressé(e)

Le 3^{ème} est à conserver dans les archives du C.I.S

PROMOTION

AU GRADE DE CAPORAL (Article 15)

- Etre titulaire de la F.I.A. S.P.V ou avoir été nommé sapeur 1^{ère} classe avant le 22/06/2009,
- Avoir 3 ans d'ancienneté en tant que SPV (ne compte que les contrats quinquennaux),
- Etre titulaire de la formation de caporal.

OU

- Etre titulaire de la F.I.A. S.P.V ou avoir été nommé sapeur 1^{ère} classe avant le 22/06/2009,
- Avoir 10 ans d'ancienneté en tant que SPV (ne compte que les contrats quinquennaux),
- Sans être titulaire de la formation de caporal.

Pour les caporaux à l'ancienneté :

- Le SPV titulaire de la F.I.A. S.P.V sera nommé caporal à la date anniversaire de ses 10 ans d'ancienneté (ne compte que les contrats quinquennaux).
- Pour la date de nomination, tenir compte des services antérieurs et des interruptions de contrats.

AU GRADE DE SERGENT (Article 16)

- Etre caporal,
- Avoir 3 ans d'ancienneté dans le grade de caporal,
- Etre titulaire de la formation de sergent.

AU GRADE D'ADJUDANT (Article 17)

- Etre sergent,
- Avoir 6 ans d'ancienneté dans le grade de sergent,
- Pour les sergents nommés avant le 31/12/2006, sans être titulaire de la formation,
- Pour les sergents nommés à compter du 01/01/2007, être titulaire de l'intégralité des modules de la FAE de sergent.

POUR LES APPELLATIONS « CHEFS »

- Le SPV sera nommé « chef » à la date anniversaire de ses 3 ans d'ancienneté.
- L'avis favorable du chef de centre ou de groupement n'est plus nécessaire (automatique).

AU GRADE DE MAJOR (Article 20-1)

- Etre adjudant-chef,
- Etre âgé de 50 ans au moins,
- Avoir 5 ans d'ancienneté dans le grade d'adjudant,
- Etre chef de centre **OU** être titulaire de la formation chef de groupe.

AU GRADE DE LIEUTENANT (Article 21)

- Etre sous-officier,
- Avoir 2 ans d'ancienneté en qualité de sous-officier,
- Etre titulaire de la formation.

AU GRADE DE CAPITAINE (Article 22)

- Etre lieutenant,
- Avoir 4 ans d'ancienneté dans le grade de lieutenant,
- Etre titulaire de la formation.

Pour les caporaux, sergents, adjudants, majors, lieutenants et capitaines promouvables au titre de la formation, les nominations interviendront uniquement le 1^{er} janvier ou le 1^{er} juillet.

AU GRADE DE COMMANDANT (Article 24)

- Etre capitaine,
- Avoir 5 ans d'ancienneté dans le grade de capitaine,
- Etre titulaire de la formation.

AU GRADE DE LIEUTENANT-COLONEL (Article 25)

- Etre commandant,
- Etre âgé de 40 ans au moins,
- Avoir 5 ans d'ancienneté dans le grade commandant,
- Etre titulaire de la formation.

AU GRADE DE COLONEL (Article 26)

- Etre lieutenant-colonel,
- Avoir 5 ans d'ancienneté dans le grade de lieutenant-colonel,
- Etre titulaire de la formation.

PROMOTION AU GRADE SUPERIEUR, A TITRE UNIQUE (Article 22-1)

- Etre officier ou sous officier,
- Etre âgé de 50 ans au moins,
- Avoir 15 ans d'adjoint chef de groupement **OU** avoir 15 ans de chef de centre **OU** avoir 15 ans d'adjoint au chef de centre,
- Sans être titulaire de la formation.

LES QUOTAS

QUOTAS SOUS OFFICIERS PAR C.I.S (Article 19)

- L'encadrement en sous-officiers est au maximum de 25% de l'effectif total de SPV de chaque centre (hors SSSM).
- Le nombre d'adjudants est au plus égal au nombre de sergents.

QUOTAS OFFICIERS PAR C.I.S (Article 28)

- L'encadrement en officiers est au maximum de 15% de l'effectif total de SPV de chaque centre (hors SSSM).

CHAPITRE VI

RECOMPENSE

Réf. :
Articles 47 à 49 du décret 99-1039 du 10 décembre 1999 modifié relatif aux S.P.V

MEDAILLE D'ANCIENNETE

- ARGENT : 20 ans de service
- VERMEIL : 25 ans de service
- OR : 30 - 35 ans de service

Deux promotions dans l'année :

- 14 Juillet
 - 1^{er} Décembre
- Le chef de centre doit remplir l'imprimé correspondant (document annexé)

MEDAILLE POUR SERVICE EXCEPTIONNEL

- ARGENT
 - VERMEIL
- Le chef de centre doit remplir l'imprimé correspondant (document annexé)

MEDAILLE POUR ACTE DE COURAGE ET DEVOUEMENT

- Le chef de centre constitue un dossier d'attribution et l'envoie au chef de Groupement

Composition du dossier :

- Une demande d'attribution
- Un compte rendu circonstancier des faits

**IMPRIMES
A TRANSMETTRE**

MEDAILLE D'HONNEUR DES SAPEURS-POMPIERS

(Promotion du (1))

Proposition pour une médaille (2)	(de Vermeil avec rosette (d'Argent avec rosette (d'Or (de Vermeil (d'Argent
-----------------------------------	---

Adressée à M. le Ministre de l'Intérieur (Direction Générale des Affaires Politiques et de l'Administration du Territoire – Service du Personnel – Bureau des Etudes Statutaires et des Affaires Générales – Distinctions Honorifiques).

En faveur de M.(3).....

Né (e) le à(06).....

Grade (4).....

au Centre d'Incendie et de Secours de(06).....

MEDAILLES D'HONNEUR DES SAPEURS-POMPIERS DEJA OBTENUES	DATES DES PROPOSITIONS AU TITRE DESQUELLES LES DISTINCTIONS CI-CONTRE ONT ETE DECERNEES
.....
.....
.....
.....

Joindre l'extrait n° 2 du casier judiciaire

- (1) 14 juillet ou 4 décembre
- (2) Rayer les mentions inutiles
- (3) Nom et prénoms (nom en lettres capitales et prénom usuel souligné)
- (4) Préciser si le candidat est professionnel.

ETAT DES SERVICES

SERVICES SUSCEPTIBLES D'ETRE RECOMPENSES PAR LA MEDAILLE D'HONNEUR DES SAPEURS-POMPIERS	DU (1)	AU (1)	ANCIENNETE	
			Ans	Mois
A/ Services civils (2)				
B/ Services militaires (3)				
		TOTAL		

En cas de cessation du service, indiquer le motif :

.....

.....

Renseignements complémentaires :

.....

.....

(1) – A défaut d'une date précise, indiquer l'année et le mois.

(2) – Indiquer, le cas échéant, les différentes formations de sapeurs-pompiers auxquelles le candidat a successivement appartenu. Le décompte des services civils sera arrêté à la date de la promotion, ou à la date de cessation du service.

(3) – Services obligatoires du temps de paix, services de guerre et assimilés. Majorations prévues en faveur des déportés internés et résistants, à l'exclusion de toute autre.

NB : Il convient de veiller particulièrement à ce que les services civils et militaires soient décomptés sans omission ni double emploi.

AVIS SUCCESSIFS (1)

Avis du chef de centre ou de service

A le
(signature)

Avis du chef de groupement

A le
(signature)

Avis du directeur départemental des services d'incendie et de secours

A Villeneuve-Loubet, le
(signature)

Avis du président du conseil d'administration du service départemental d'incendie et de secours

A Villeneuve-Loubet, le
(signature)

Avis du sous-préfet :

A le
(signature)

Avis du préfet :

A le
(signature)

(1) – Les dossiers établis en vue de l'attribution de la médaille avec rosette devront comporter obligatoirement un rapport du directeur départemental des services d'incendie et de secours.

CHAPITRE VII

SANCTION

Réf. :

Articles 31 à 37 du décret 99-1039 du 10 décembre 1999 modifié relatif aux S.P.V

SANCTION

- Faire un compte rendu précis des faits sans préciser le type de sanction envisagée.
- Transmettre le dossier au chef du groupement le plus rapidement possible.

NOMENCLATURE DES SANCTIONS

- Prononcé par le Directeur Départemental, chef de corps :

- L'avertissement
- Le blâme

Prononcé par le Président du Conseil d'Administration, autorité territoriale d'emploi :

- Une suspension ne pouvant excéder une durée de 4 mois.

- Prononcé par le Président du Conseil d'Administration, autorité territoriale d'emploi, après proposition du conseil de discipline départemental :

- L'exclusion temporaire de fonction pour une durée de 6 mois maximum
- La rétrogradation
- La résiliation de l'engagement (radiation) disciplinaire

CHAPITRE VIII

CESSATION D'ACTIVITE

Réf. :

Articles 43 à 46 du décret 99-1039 du 10 décembre 1999 modifié relatif aux S.P.V

DEMISSION

- L'intéressé(e) adresse une lettre de démission à son chef de centre,
- Le chef de centre complète la fiche de radiation,
- Envoie ces deux documents à la G.R.H du Groupement,
- Demande à l'intéressé(e) de restituer son paquetage,
- Restitue celui-ci au service habillement du S.D.I.S suivant la procédure du G.T,
- Procède à la notification de l'arrêté de démission transmis par la G.R.H.

RADIATIONS

- Radiation pour motif n'a plus d'activité au centre depuis plus de 3 mois :

- Envoi d'un courrier recommandé :
 - demandant à l'agent de reprendre son activité,
SOIT
 - le conviant à un entretien

L'agent a ensuite 2 mois pour prendre contact avec son chef de centre et reprendre son activité.

Quatre cas de figure :

- L'intéressé(e) reprend normalement du service,
- L'intéressé(e) choisi de démissionner (voir paragraphe démission),
- L'intéressé(e) ne se rend pas à l'entretien :
 - Envoi d'un courrier recommandé indiquant à l'intéressé(e) sa future radiation au prochain C.C.D.S.P.V (voir exemple de document annexé).
 - Transmission à la G.R.H du Groupement du dossier de radiation :
 - photocopie des lettres recommandées
 - fiche de radiation

Le service G.R.H rédige et procède à la notification de l'arrêté de radiation.

- L'intéressé(e) ne reprend pas son activité :
 - Envoi d'un courrier recommandé indiquant à l'intéressé sa future radiation au prochain C.C.D.S.P.V (voir exemple de document annexé).
 - Transmission à la G.R.H du Groupement du dossier de radiation :
 - photocopie des lettres recommandées
 - fiche de radiation

Le service G.R.H rédige et procède à la notification de l'arrêté de radiation.

- Radiation pour insuffisance dans l'aptitude ou la manière de servir :

Au préalable, stipuler à l'intéressé(e) lors d'un entretien que sa manière de servir est insuffisante ou que son attitude est incompatible avec les exigences de la fonction.

Deux cas de figure :

-L'intéressé se rend à l'entretien et décide d'un commun accord de continuer son activité.

- L'intéressé(e) ne se rend pas à l'entretien :

- Envoi d'un courrier recommandé indiquant à l'intéressé(e) sa future radiation au prochain C.C.D.S.P.V (voir exemple de document annexé).
- Transmission à la G.R.H du Groupement du dossier de radiation :
 - photocopie des lettres recommandées
 - fiche de radiation
- Demande à l'intéressé(e) de restituer son paquetage,
- Restitue celui-ci au service habillement du S.D.I.S suivant la procédure du G.T,
- Procède à la notification de l'arrêté de démission transmis par la GRH.

- Radiation pour période probatoire non satisfaisante :

OBLIGATOIREMENT UN AN APRES LA DATE DE NOTIFICATION DE L'ENGAGEMENT

(la période probatoire ne pouvant être ni inférieure à un an ni supérieure à 3 ans)

- Envoi d'un courrier recommandé indiquant à l'intéressé sa future radiation au prochain C.C.D.S.P.V (voir exemple de document annexé).
- Transmission à la G.R.H du Groupement du dossier de radiation :
- Photocopie des lettres recommandées
- Fiche de radiation
- Demande à l'intéressé(e) de restituer son paquetage,
- Restitue celui-ci au service habillement du S.D.I.S suivant la procédure du G.T,
- Procède à la notification de l'arrêté de démission transmis par la GRH.

- Radiation pour formation initiale non satisfaisante :

Ne peut intervenir qu'après les 3 ans réglementaires destinés à cette formation.

- Envoi d'un courrier recommandé indiquant à l'intéressé sa future radiation au prochain C.C.D.S.P.V (voir exemple de document annexé).
- Transmission à la G.R.H du Groupement du dossier de radiation :
- Photocopie des lettres recommandées
- Fiche de radiation
- Demande à l'intéressé(e) de restituer son paquetage,
- Restitue celui-ci au service habillement du S.D.I.S suivant la procédure du G.T,
- Procède à la notification de l'arrêté de démission transmis par la GRH.

- Radiation pour non reprise après mise en disponibilité :

- Envoi d'un courrier recommandé indiquant à l'intéressé sa future radiation au prochain C.C.D.S.P.V (voir exemple de document annexé).
- Transmission à la G.R.H du Groupement du dossier de radiation :
- Photocopie des lettres recommandées
- Fiche de radiation
- Demande à l'intéressé(e) de restituer son paquetage,
- Restitue celui-ci au service habillement du S.D.I.S suivant la procédure du G.T,
- Procède à la notification de l'arrêté de démission transmis par la GRH.

NON RENOUELEMENT D'ENGAGEMENT QUINQUENNAL

1^{er} Cas : L'agent ne souhaite pas volontairement renouveler son engagement

- Le chef de centre lui demande un courrier en ce sens
- Complète la fiche de radiation
- Envoi les deux documents à la GRH du Groupement
- Demande à l'intéressé(e) de restituer son paquetage
- Restitue celui-ci au service habillement du S.D.I.S suivant la procédure du Groupement
- Procède à la notification de l'arrêté de démission transmis par la GRH.

2^{ème} Cas : La hiérarchie ne souhaite pas renouveler l'engagement quinquennal de l'agent

- Le chef de centre envoie à l'intéressé un courrier recommandé **6 mois minimum** avant la fin du contrat quinquennal de l'agent (voir exemple de document annexé).
- Complète la fiche de radiation
- Envoie les deux documents à la GRH du Groupement
- Demande à l'intéressé(e) de restituer son paquetage
- Restitue celui-ci au service habillement du S.D.I.S suivant la procédure du Groupement
- Procède à la notification de l'arrêté de démission transmis par la GRH.

RETRAITE

Retraite (à prévoir au CCDSPV) :

➤ *Pièces à fournir :*

- 1 fiche de radiation dûment remplie et signée par le chef de centre et le chef de groupement
- 1 courrier de l'intéressé demandant son départ à la retraite.

Pour toute cessation d'activité, à la réception de l'arrêté, procéder à la notification de l'arrêté :

- * signature par l'intéressé du bordereau de notification,
- * signature des 2 exemplaires comportant le tampon de notification :

1 exemplaire est à retourner au bureau S.P.V
1 autre est pour l'intéressé
Le 3^{ème} est à conserver dans les archives du C.I.S

**IMPRIMES
A TRANSMETTRE**

**SERVICE DEPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS
DES ALPES-MARITIMES**

**FICHE DE RADIATION
D'UN SAPEUR-POMPIER VOLONTAIRE**

Centre d'incendie et de secours de :

Nom :

Prénom :

Grade :

Matricule :

MOTIFS :

- Démission (fournir le courrier de l'intéressé) Date d'effet :
- Non renouvellement de l'engagement quinquennal (fournir le courrier de l'intéressé)
- Fin d'activité pour retraite (fournir le courrier de l'intéressé) Date d'effet :
- Inaptitude physique (fournir le certificat médical)
- N'a plus d'activité au centre depuis au moins 3 mois (*)
- Non reprise d'activité après suspension (*)
- Formation initiale non satisfaisante (*)
- Insuffisance dans l'aptitude ou la manière de servir durant la période probatoire (*)
- Rejet de la demande de renouvellement de l'engagement quinquennal par l'autorité territoriale (*)

Signature et cachet du chef de centre

Signature et cachet du chef de groupement
Pour accord

() Fournir obligatoirement la copie du courrier en recommandé avec accusé de réception adressé à l'intéressé.*

RADIATION POUR MANQUE D'ACTIVITE

1^{er} courrier en recommandé :

Objet : votre activité de sapeur pompier volontaire

Monsieur / Madame,

Depuis au moins trois mois maintenant, vous n'assurez plus aucune activité au sein du centre de secours.

Conformément à l'arrêté du 15 Octobre 2009, je me dois de vous engager :

- soit à reprendre un service normal
- soit à me contacter afin d'arrêter une date de rendez-vous pour examiner votre situation et ce sous un délai de deux mois.

Cette entrevue doit nous permettre de réfléchir à votre position vis-à-vis des obligations définies par notre service et d'orienter ainsi le devenir de votre engagement au sein du service départemental d'incendie et de secours.

Dans l'attente, je vous prie de croire Monsieur/Madame en l'expression de mes salutations distinguées.

2^{ème} courrier en recommandé :

Objet : Votre activité de sapeur pompier volontaire

Référence : Mon courrier recommandé

Monsieur / Madame,

Par un courrier recommandé en date du je vous demandais :

- soit de reprendre votre activité de SPV
- soit de me contacter afin de convenir d'un rendez-vous.

A ce jour, vous n'avez pas donné suite à ce courrier, en conséquence sans nouvel élément, je vous informe que je présenterai au prochain CCDSPV votre radiation au motif :

- « N'a plus d'activité »-

Dans l'attente, je vous prie de croire Monsieur/Madame en l'expression de mes salutations distinguées.

CHAPITRE IX

ACCIDENT DE TRAVAIL OU ACCIDENT EN SERVICE COMMANDE

Réf. :

Article 42 du décret 99-1039 du 10 décembre 1999 modifié relatif aux S.P.V

ACCIDENT EN SERVICE COMMANDE

- Faxer immédiatement au :

- C.T.A
- Bureau des accidents à l'Etat-major fax : 04.93.22.76.23

Le formulaire de déclaration rapide des accidents en service commandé.

- Transmettre sous 48h :

Le certificat initial d'arrêt de travail

- Constituer le dossier et le transmettre complet sous 3 jours au service GRH du groupement.

IMPORTANT :

TOUT AGENT AYANT UNE INTERRUPTION D'ACTIVITE POUR CAUSE D'ACCIDENT OU DE MALADIE D'AU MOINS 20 JOURS, DOIT FAIRE L'OBJET AVANT LA REPRISE D'UNE VISITE MEDICALE EFFECTUEE PAR UN MEDECIN DU SSSM.

- Faire la déclaration d'accident auprès de l'union départementale en complétant l'imprimé ci-joint.

DOSSIER ACCIDENT

- DONNER A L'AGENT :

- Feuille de prise en charge (imprimé bleu)

Ce document permet la gratuité des soins soit :

- Médecine privée
- Médecine hospitalière
- Médicaments

Chaque praticien doit remplir le tableau récapitulatif des soins et fournitures (verso de l'imprimé bleu)

- Pour les salariés du secteur privé, les demandeurs d'emploi, faire remplir le certificat initial d'arrêt maladie (triolet marron) et transmettre la copie du 1^{er} volet au service.
- L'ensemble des pièces constituant le dossier doit être envoyé au service concerné du groupement territorial.

**IMPRIMES
A TRANSMETTRE**



SOFCAP

FORMULAIRE DE DECLARATION RAPIDE DES ACCIDENTS DE SERVICE ET DES MALADIES CONTRACTEES EN SERVICE

COLLECTIVITE

- Direction Départementale des Services d'Incendie et de Secours de
-
-
- Télécopie
- Rédacteur
- Date

AGENT

- Nom Prénom
- Grade du S.P.V. accidenté.....
- Date de l'accident
- Corps d'appartenance.....
- Circonstances
-
-
- Siège des lésions.....
-
-
- Accident avec arrêt Accident sans arrêt

Merci de nous retourner ce document par télécopie au 02.48.48.10.37.

SOFAXIS

FRMP0801.doc



Société Française de Courtage d'Assurances du Personnel

18020 Bourges Cedex. Internet : www.sofcap.com. E-mail : assurance@sofcap.com

SNC au capital de 250 000 F. RCS Bourges B 335 171 096. Garantie financière et assurance responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L. 530-1 et L. 530-2 du code des assurances

Notice d'utilisation à l'attention
des praticiens et auxiliaires médicaux

**PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS
DES SAPEURS POMPIERS VOLONTAIRES**

Dans le cadre de la loi n° 91.1389 du 31 décembre 1991, les Sapeurs-pompiers volontaires ont droit à la gratuité de tous les frais médicaux.

Vous devez, pour être remboursé, conserver la feuille bleue jointe à cette note, et la retourner dûment remplie au :

Service département d'incendie et de secours des Alpes maritimes
Service Accident du travail
BP 99
06271 VILLENEUVE LOUBET CEDEX

accompagnée des feuilles de soins classiques d'assurance maladie dûment signées par le sapeur pompier volontaire, des ordonnances et de l'imprimé 3116B (s'il y a arrêt de travail).

Attention, certains soins nécessitent une demande d'entente préalable auprès du service médical de l'organisme d'assurance maladie. Merci de bien vouloir faire la demande avant de commencer les soins.

Pour les hospitalisations : ne facturer que le forfait journalier et le ticket modérateur (principe de la dotation globale).

**LE SAPEUR POMPIER VOLONTAIRE DOIT VOUS REGLER
LUI-MEME LE MONTANT DES EVENTUELS
DEPASSEMENTS D'HONORAIRES**

FEUILLE D'ACCIDENT ET DE PRISE EN CHARGE

Réf. : Loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991
Décret n° 92-620 du 07 juillet 1992
Arrêté du 27 juillet 1992

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SAPEUR-POMPIER VOLONTAIRE

NUMERO
D'IMMATRICULATION
(Sécurité Sociale)

NOM - Prénom

ADRESSE

CODE POSTAL

N° MATRICULE AU
CORPS DÉPARTEMENTAL

ORGANISME D'AFFILIATION

NOM ET ADRESSE DE L'ORGANISME DE PAIEMENT

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT OU LA MALADIE

ACCIDENT SURVENU
EN SERVICE le

RECHUTE du

MALADIE CONTRACTÉE EN SERVICE
constatée le

LESIONS

siège :

nature :

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

LE DIRECTEUR DÉPARTEMENTAL DES SERVICES D'INCENDIE ET DE SECOURS DE : (1)

Adresse :

N° Téléphone :

N° Fax :

Certifie que les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, de transport, d'hospitalisation, d'appareillage, et toutes prestations de rééducation, nécessités par l'accident ou la maladie contractée en service défini(e) ci-dessus, sont pris en charge par le service départemental d'incendie et de secours en application de l'article 2 de la loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991.

N° DE PRISE EN CHARGE

n° Département - année - n° dossier

Signature du directeur départemental : (1)

(1) ou son représentant

ACCIDENT EN SERVICE COMMANDE

Le certificat médical initial d'arrêt de travail doit être transmis au service gestionnaire dans un délai de 48 h

Le dossier complet doit être constitué dans un délai de 3 jours

- Compte-rendu détaillé du chef de centre, de l'intéressé et des témoins
- Fiche de renseignements SOFCAP dûment complétée
- Copie de l'attestation Sécurité Sociale (à jour)
- Certificat médical de constatation de blessure
- Certificat médical initial d'arrêt maladie (triplyque marron)
 - les salariés du secteur privé doivent transmettre le 1^{er} volet à leur employeur, les deux autres volets à la CPAM et une photocopie au SDIS
 - les S.P.V. demandeurs d'emploi doivent transmettre le 1^{er} volet aux ASSEDIC, les deux autres volets à la CPAM et une photocopie au SDIS
 - les SPV percevant le RMI doivent transmettre le 1^{er} volet à la CAF, les deux autres volets à la CPAM et une photocopie au SDIS
- Certificat médical de prolongation d'arrêt ou de soins (procéder de la même manière que pour le certificat initial)
- Certificat médical de reprise de l'activité professionnelle précisant guéri ou consolidé, avec ou sans séquelles

EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

- Un RIB
- S.P.V. sans revenu : original de la déclaration sur l'honneur de non revenu
- Etudiant : photocopie de la carte d'étudiant + attestation d'absence aux cours
- Demandeur d'emploi indemnisé : relevé ASSEDIC concernant la période d'arrêt + décompte des indemnités journalières de la CPAM
- Prestataire du RMI : relevés CAF concernant la période d'arrêt
- Salarié de droit privé : bulletin de salaire des 3 mois précédant l'accident + décompte des indemnités journalières de la CPAM
- Profession libérale : dernier avis d'imposition des revenus professionnels
- Fonctionnaire : bulletins de salaire des 3 mois précédant l'accident + demande d'indemnisation d'un S.P.V. fonctionnaire

Il est rappelé que les frais de transport en ambulance sont pris en charge uniquement pour les trajets relatifs à une entrée ou une sortie d'hôpital.

DÉCLARATION DE LA COLLECTIVITÉ

des absences pour raison de santé

COLLECTIVITÉ

Raison sociale : Ville : Code postal :

Numéro de SIRET : Budget de gestion : Classification client :

Contact dans la collectivité : Téléphone du contact : E-mail du contact :

SAPEUR-POMPIER VOLONTAIRE

Numéro de SS Nom : Prénom :

Date de naissance : Homme Femme Assuré Ayant droit

Adresse : Code postal : Ville :

Latéralité de l'agent : Droitier GaucherSapeur-pompier volontaire saisonnier : OUI NON Date d'entrée au corps : Corps communal SSSM Centre de secours :

CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Salarié (CDI, CDD, apprentissage...) | <input type="checkbox"/> Intérimaire | <input type="checkbox"/> Sapeur | <input type="checkbox"/> Caporal (chef) | <input type="checkbox"/> Sergent (chef) |
| <input type="checkbox"/> Travailleur Non Salarier (commerçant, profession libérale...) | <input type="checkbox"/> Fonctionnaire | <input type="checkbox"/> Adjudant (chef) | <input type="checkbox"/> Major | <input type="checkbox"/> Lieutenant |
| <input type="checkbox"/> Assimilé fonctionnaire | <input type="checkbox"/> Militaire engagé | <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi indemnisé | <input type="checkbox"/> Capitaine | <input type="checkbox"/> Officier Supérieur |
| <input type="checkbox"/> Bénéficiaire du RMI | <input type="checkbox"/> Sans revenu | <input type="checkbox"/> Etudiant | <input type="checkbox"/> Retraité | <input type="checkbox"/> Autre |

GRADE

NATURE DU SINISTRE

- Accident en service commandé
- Trajet aller Trajet retour Trajet caserne/site d'intervention
- Trajet site d'intervention/caserne Site mission Site casernement
- Site employeur Site personnel Maladie contractée en service

PÉRIODES PRÉSENTÉES AU REMBOURSEMENT

- ARRÊT INITIAL PROLONGATION RECHUTE

Date du premier jour à indemniser :

Date du dernier jour à indemniser :

L'arrêt est-il terminé ? OUI NON

Si oui, à quelle date :

EMPLOYEUR (uniquement pour les salariés)

Raison sociale :

Adresse :

Code postal : Ville :

Subrogation de l'employeur : OUI NON

ORGANISME D'AFFILIATION

Coordonnées :

Adresse :

Code postal :

Ville :

1^{er} feuillet : à retourner à DEXIA Sofcap
2^e feuillet : à conserver

RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCIDENT

Date de l'accident :

Heure de survenance : h

Horaires d'intervention ou horaires de travail le jour de l'accident :

De h à h

Fonction opérationnelle :

- Équipier Chef d'équipe Chef d'agrès Conducteur
- Chef de Groupe Chef de colonne Chef de site État major
- Formateur

Régime de service :

- Posté Alerte Astreinte/Permanence SHR Occasionnel
- Enquête hygiène et sécurité

Ancienneté SP ans

Activité lors de l'accident ⁽¹⁾ Elément matériel ⁽¹⁾

L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ?

- OUI NON*
- ↳ *Poursuite de l'activité avec restriction

L'accident a-t-il entraîné un décès ? OUI NONCircstances détaillées, joindre : 1^{er} volet du Certificat Médical Initial de constat des lésions, en cas de reprise le certificat final, enquête administrative, déclaration de l'agent, déclaration de témoin(s), PV de gendarmerie ou de police. (1) Voir codification au verso de la liasse

TIERS IMPLIQUÉ

Le sinistre a-t-il été causé par un tiers ? OUI NON

Si OUI, merci de compléter la demande de recours.

Rappel important

Conformément aux Conditions Générales : Le signataire certifiant ces renseignements est passible, en cas de fausse déclaration, de sanctions disciplinaires et/ou pénales (article 29 du titre I du statut général de la Fonction Publique) - (articles L. 441-7, L. 313-1 et L. 313-3 du code Pénal).

Le
Signature et cachet
de la collectivité employeur

CODIFICATION DES ACCIDENTS

ACTIVITÉ LORS DE L'ACCIDENT

1	Feu végétation, espaces naturels
2	Feu contenant, espace clos
3	Autres feux, explosion, fumée suspecte
4	Secours à victime sur la voie publique
5	Autres secours à victime
6	Intervention technologique (NRBC, SD)
7	Intervention en milieu périlleux
8	Destruction de nids d'insectes
9	Intervention liée à des animaux (sauf insectes)
10	Formation
11	Activité sportive
12	Maintenance en caserne
13	Vie courante au CS
14	Tâche administrative
15	Autres opérations diverses
16	Secours à personne sur accident de circulation
17	Intervention aquatique
18	Opérations liées au gaz (fuite, odeur...)
19	Manœuvre, exercice
20	Départ en intervention

ÉLÉMENT MATÉRIEL

A	Chute ou glissade de plain-pied ou avec faible dénivellation
B	Chute de hauteur
C	Effort de manutention de malade
D	Effort de soulèvement, manutention de charge
E	Machine et appareil
F	Outil à main
G	Instruments coupants, piquants ou tranchants souillés
H	Instruments coupants, piquants ou tranchants non souillés
I	Produits toxiques, nocifs ou irritants
J	Objet ou masse en mouvement
K	Projection de matières
L	Agression animale
M	Agression, violence, malade agité
N	Produit ou appareil chaud ou froid
O	Rayonnements, radiations
P	Gaz ou liquide sous pression
Q	Phénomène thermique, incendie, explosion
R	Electricité
S	Véhicule ou engin
T	Effort intense
U	Exposition au sang et liquides physiologiques
V	Autres

SPECIMEN

Conducteur
 Chef d'équipe
 Chef de poste
 Chef de colonne
 Chef de site
 État major
 Poste
 Affectation
 SHR
 Occasionnel

L'activité lors de l'accident est-elle :
 Principale de l'activité avec restriction
 Non

L'accident a-t-il entraîné un décès ?
 OUI NON

L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ?
 OUI NON

Le sinistre a-t-il été causé par un tiers ?
 OUI NON

ARRÊT INITIAL PROLONGATION RÉCURE
 Date du premier jour à indemniser : _____
 Date du dernier jour à indemniser : _____
 L'arrêt est-il temporaire ? OUI NON
 Si oui, à quelle date : _____

Raison sociale : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Supplément de l'employeur : OUI NON

TERS IMPLIQUÉ
 Le sinistre a-t-il été causé par un tiers ?
 OUI NON

Signature et cachet de la collectivité employeur

Label important
 Ce document est destiné à l'usage des services de la Sécurité Civile. Il est à conserver précieusement et à transmettre en cas de besoin.

ORGANISME D'AFFILIATION
 Coordonnées : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____



SERVICE DEPARTEMENTAL
D'INCENDIE ET DE SECOURS

COMMISSION DEPARTEMENTALE DE REFORME
POUR LES FONCTIONNAIRES TERRITORIAUX

RAPPORT HIERARCHIQUE

COLLECTIVITE :

- Accident de service
- Accident de trajet
- Maladie professionnelle

Nom et prénom :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° SS :

N° CNRACL :

ou

N° IRCANTEC (fonctionnaires à temps incomplet ou non titulaires) :

Catégorie	
Filière	
Grade	
Echelon	
Date d'entrée dans la FPT	
Date de mise en stage	
Date de titularisation	

Récapitulatif des maladies professionnelles ou accidents antérieurs :

Date	Guérison	Consolidation avec possibilité de rechute	Consolidation avec taux d'I.P.P éventuels	Nature et siège des lésions
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/> ou	<input type="checkbox"/> ou	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOUTE CORRESPONDANCE DEVRA ETRE ADRESSEE IMPERSONNELLEMENT A

"M. LE DIRECTEUR DEPARTEMENTAL DES SERVICES D'INCENDIE ET DE SECOURS"
140, Avenue Maréchal de Lattre de Tassigny -B.P. N° 99 - 06271 Villeneuve Loubet Cedex
Tél. : 04 93 22 76 00 Télécopie : 04 93 22 92 79

FICHE DE POSTE

Définition du poste :

Mission :

.....
.....
.....
.....

Principales tâches effectuées :

.....
.....
.....

Ancienneté dans le poste :

Conditions de travail :

Taux d'occupation : Temps complet
 Mi-temps
 Temps partiel %

Durée hebdomadaire :

Horaires de travail : (préciser les variations saisonnières)

Astreintes : (préciser le régime)

Lieu d'exercice du travail :

Adresse :

Préciser son type : Atelier : (préciser la nature)
 Bureau
 Autres : (écoles, crèches, à préciser)
 En extérieur

INFORMATIONS RELATIVES A L'HYGIENE ET SECURITE DU TRAVAIL

(à compléter uniquement en cas d'accident de service ou de maladie professionnelle non contesté par l'employeur)

Les consignes de sécurité ont-elles été respectées ?

oui non

Si oui, lesquelles ?

L'agent portait-il des protections individuelles ?

oui non

Si oui, lesquelles ?

Des mesures de prévention sont-elles envisagées pour que ce genre d'accident ne se reproduise pas ?

oui non

Si oui, lesquelles ?

Est-ce que le médecin de prévention et l'ACMO ou le Comité Hygiène et Sécurité ont été informés ?

oui non

Cela a-t-il donné lieu à une analyse de l'accident ?

oui non

(si oui, fournir une copie à la Commission Départementale de Réforme)

S'il s'agit d'un accident de trajet

Joindre, **obligatoirement**, le **plan du trajet** indiquant le parcours emprunté (les lieux de domicile, travail et accident) et préciser :

☉ L'accident est-il survenu sur le trajet habituel de l'intéressé(e) ?

oui

non

Durée habituelle nécessaire pour parcourir ce trajet :h.....min.

☉ Le trajet a-t-il été :

▪ détourné oui non

▪ interrompu oui non

☞ Si oui, pour quels motifs :

.....
.....
.....

L'accident est-il arrivé pendant ou après l'interruption de trajet ?

.....

☉ Un constat amiable de police ou de gendarmerie a-t-il été établi ?

oui non

☞ Si oui, joindre une copie recto verso du constat amiable ou une copie du PV de police ou de gendarmerie.

☉ Un tiers est-il impliqué ?

oui non

Le rapport hiérarchique est lu et approuvé dans la totalité de ses déclarations.

Fait à, le

Fait à, le

L'agent (signature),

Le responsable du service (cachet et signature),

* dans le cas où l'agent n'est pas d'accord,
il doit établir une déclaration manuscrite
à joindre au présent document

S'il s'agit d'une maladie professionnelle
(maladies professionnelles inscrites aux tableaux à l'article R462.3 du code de la sécurité sociale)

Joindre l'avis du médecin du travail, ou du médecin de prévention et préciser :

Tableau n°

③ La désignation de l'affection en cause :

.....
.....

③ La date du 1^{er} diagnostic de la maladie :

☞ Joindre le compte-rendu médical correspondant.

③ Si l'agent utilise habituellement des produits visés au tableau, préciser leur nom et leur composition :

.....
.....

③ Décrire les travaux habituels effectués à l'époque où a été contractée la maladie professionnelle visée au tableau, en mettant en évidence les gestes susceptibles de la provoquer :

.....
.....
.....

③ Le risque auquel l'agent a été exposé de par ses fonctions :

.....
.....

③ Période(s) d'exposition au risque :

du au
du au
du au
du au

Métier exercé :
Métier exercé :
Métier exercé :
Métier exercé :

Le rapport hiérarchique est lu et approuvé dans la totalité de ses déclarations.

Fait à, le

Fait à, le

L'agent (signature),

Le responsable du service (cachet et signature),

* dans le cas où l'agent n'est pas d'accord,
il doit établir une déclaration manuscrite
à joindre au présent document.

Pour remplir le rapport hiérarchique, voir ci-dessous, des exemples donnés à titre indicatif.
Ces exemples n'excluent pas les précisions complémentaires que l'employeur serait en mesure de fournir.

Lieu de l'accident

- Trajet aller-retour (du domicile au lieu de travail),
- Déplacement pendant les heures de travail pour le compte de l'employeur,
- Lieu de travail habituel (atelier, chantier,),
- Lieu de travail occasionnel,
- Domicile du travailleur,

Nature des lésions

- Fracture,
- Brûlure,
- Gelure,
- Amputation,
- Plaie,
- Piqûre,
- Contusion,
- Inflammation,
- Entorse,
- Luxation,
- Asphyxie
- Commotion
- Présence d'un corps étranger,
- Hernie,
- Lumbago,
- Intoxication,
- Dermite,
- Troubles visuels,
- Troubles auditifs,
- Déchirures musculaires ou tendineuses,
- Lésions nerveuses,.....

Siège des lésions

- Tête (yeux exceptés),
- Yeux,
- Membres supérieurs (mains exceptées)
- Main,
- Tronc,
- Membres inférieurs (pieds exceptés)
- Pied,
- Lésions internes,.....



SERVICE DEPARTEMENTAL
D'INCENDIE ET DE SECOURS

COMMISSION DEPARTEMENTALE DE REFORME POUR LES FONCTIONNAIRES TERRITORIAUX

Déclaration de témoignage d'un accident

Cet imprimé doit être dûment complété et signé par le témoin et joint à la déclaration d'accident de service établie par l'employeur.

COLLECTIVITE :

A REMPLIR PAR LE TEMOIN

Nom et prénom :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Grade Service :

déclare avoir été témoin de l'accident dont a été victime :

monsieur

madame

mademoiselle

Nom et prénom :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance :

Grade Service :

Le (date de l'accident) : à (heure exacte de l'accident) : h mn

Lieu exact de l'accident :

Activité du témoin et lieu de cette activité au moment de l'accident :

Précisez les circonstances de l'accident :

Lésions corporelles constatées :

Cause matérielle précise de la lésion (si possible) :

Je reconnais être informé(e) que toute fausse déclaration est passible de sanctions disciplinaires, sans préjudice, le cas échéant, des peines prévues par la loi pénale, en application de l'article 29 du titre I du statut des fonctionnaires ou éventuellement de toutes sanctions pénales prévues par les textes.

Porter **la mention manuscrite** : « je certifie sur l'honneur l'exactitude des mentions portées ci-dessus »

Fait à, le

signature du témoin



COMMISSION DEPARTEMENTALE DE REFORME
POUR LES FONCTIONNAIRES TERRITORIAUX

Déclaration de l'accidenté

Je, soussigné, (nom – prénom)
employé par (collectivité ou établissement public)
titulaire du grade de :
domicilié(e) à :
.....
certifie que le

j'ai été victime d'un accident de service ou de trajet dans les circonstances suivantes :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Le ou les témoins de l'accident sont :
- domicilié(e)
- domicilié(e)

**Je soussigné,, atteste avoir pris connaissance qu'aucune prescription de soins de Kiné, de frais dentaire ou d'optique, de frais concernant une intervention chirurgicale ou de transport ne pourra intervenir sans justificatifs médicaux préalables.
A défaut, l'agent accidenté s'expose à un non remboursement des frais engagés. Seule une situation médicale d'urgence avérée permettra de s'exonérer de cette procédure.**

Fait à, le

Signature de l'accidenté (précédée de la mention « Lu et approuvé »)

ANNEXE 1

DEMANDE D'INDEMNISATION POUR UN SAPEUR POMPIER VOLONTAIRE FONCTIONNAIRE

Je soussigné M

Sapeur-Pompier au Centre de Secours de

au grade de

employé à

en qualité

Date de l'accident

opte pour le régime d'indemnisation fixé à l'article 19 de la loi du 31 décembre 1991 et à l'article 8 du décret 92-620 du 07 juillet 1992.

Fait à

le

Signature du Président de la C.A SDIS

Signature du Sapeur



SOFCAP

S.O.F.C.A.P.

18020 BOURGES CEDEX

DECLARATION SUR L'HONNEUR DE NON REVENU

Je certifie sur l'honneur (Nom, Prénom, Grade, Adresse).....

.....
.....
Sapeur Pompier Volontaire au Centre de Secours de.....

avoir été victime d'un accident survenu ou atteint d'une maladie contractée en service le
....., et n'avoir perçu aucun revenu de quelque nature que ce soit

(Salaire, allocation des ASSEDIC, revenu d'activité libérale, allocation conventionnelle de
solidarité, revenu minimum d'insertion, etc....), depuis les trois derniers mois précédant mon
accident.

Je certifie la sincérité de la présente déclaration,

Fait à..... le

Signature.



SERVICE DEPARTEMENTAL
D'INCENDIE ET DE SECOURS

S.D.I.S./GRH/JAT

ATTESTATION
NON – SUITE D'ACCIDENT

Je soussigné(e) M. _____ sapeur-pompier professionnel – sapeur-
pompier volontaire(1) au service départemental d'incendie et de secours, atteste ne pas
donner suite à la déclaration d'accident, survenu en date du _____ à _____

Fait à _____, le _____

Signature de l'agent

(1) rayer la mention inutile.

TOUTE CORRESPONDANCE DEVRA ETRE ADRESSEE IMPERSONNELLEMENT A

"M. LE DIRECTEUR DEPARTEMENTAL DES SERVICES D'INCENDIE ET DE SECOURS"
140, Avenue Maréchal de Lattre de Tassigny - B.P. N°99 - 06271 Villeneuve Loubet Cedex
Tél. : 04 93 22 76 00 Télécopie : 04 93 22 92 79

QUESTIONNAIRE ACCIDENT DE TRAJET

(Le questionnaire est à remplir soigneusement par l'agent victime)

Nom :

Prénom :

L'accident est survenu sur le trajet du domicile au lieu de travail

Heure de départ du domicile :

Heure de la prise ou de la reprise du service

L'accident est survenu sur le trajet du lieu de travail au domicile

Heure de départ du lieu de travail :

➤ Désignation des rues empruntées :

Habituellement

Le jour de l'accident

➤ Moyen de locomotion utilisé :

Temps nécessaire pour parcourir ce trajet par le moyen de locomotion utilisé par l'accidenté :

➤ Le trajet a-t-il été détourné ou interrompu ?

Motifs

L'accident est-il arrivé avant ou après l'interruption du trajet :

➤ Qui, d'après vous est responsable ?

Pourquoi ?

(Joindre copie recto-verso du constat à l'amiable)

➤ Un rapport de police ou de gendarmerie a-t-il été établi ? oui non

(Si oui, joindre copie du procès-verbal de police ou de gendarmerie)

Fait à, le

CROQUIS A ÉTABLIR AUSSI COMPLÈTEMENT QUE POSSIBLE



FICHE DE RECHERCHE DE CIRCONSTANCES
(à retourner à la mission hygiène et sécurité)

L'objectif de ce formulaire est de permettre d'identifier les éléments du contexte de travail qui ont constitué des facteurs de risques à la survenue de l'accident, afin d'en faire une analyse et de prévenir les situations d'accident.

Elle ne sert pas à incriminer ou réprimander qui que ce soit

Date et heure de l'accident :

Lieu de l'accident :

Nom et prénom de l'accidenté :

Grade et fonction de l'accidenté :

Groupement Territorial ou Fonctionnel d'appartenance :

C.I.S. d'appartenance :

Témoins :

Description détaillée la plus possible, et en suivant l'enchaînement des faits, de ce qui s'est passé pour que survienne l'accident :

Pouvez-vous préciser le genre d'évènement susceptible d'être déclencheur de l'accident :

Proposition de mesures de prévention :

ACCIDENT CAUSE PAR UN TIERS

Questionnaire complémentaire

Concernant le tiers responsable

Nom : Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

📞 :

A-t-il été fait un constat ? oui non

Une plainte a-t-elle été déposée ? oui non

(joindre la copie de ces documents)

Concernant l'assurance du tiers responsable

Assurance :

Adresse :

CP : Ville :

📞 : N° de contrat :

CONSEILS

☞ Déclarez au plus tôt votre accident à l'UDSP à l'aide de cet imprimé en l'envoyant à

l'adresse suivante :
Union Départementale des Sapeurs-Pompiers des Alpes-Maritimes
262 Avenue Sainte Marguerite
Immeuble « Le Baou » Porte A
06200 NICE



L'Assurance

qu'il vous faut

pour votre Asso !

☞ Un sinistre automobile ? Déclarez dans les 48H ouvrées l'accident

à votre assureur personnel (sans quoi nous ne pourrions intervenir)

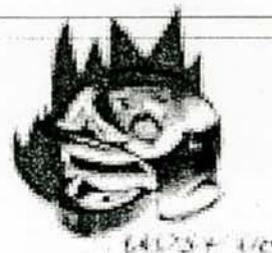
☞ Il s'agit d'un contrat COMPLEMENTAIRE : il ne se substitue en aucun cas à tout

autre organisme (SDIS, Sécurité Sociale, employeur, assureur auto personnel...)

Déclaration de sinistre



à transmettre dans les 15 jours à
l'Union Départementale



Concernant la victime

Nom..... Prénom.....

Adresse.....

CP..... Ville.....

☎..... Date de Naissance.....

SP Professionnel JSP PAT

SP Volontaire Vétéran Autre.....

Centre :..... Grade :.....

Salarié Prof. libérale Artisan Commerçant Agriculteur Fonctionnaire

Militaire Chômeur Etudiant Autre (à préciser) :.....

Employeur (Coordonnées) :.....

Concernant l'accident

Hors Service Commandé Service Commandé date...../...../.....

CONDITIONS dans lesquelles s'est produit l'accident.....

Siège et nature des lésions/dommages :.....

Arrêt de travail oui non

Hospitalisation oui non

Accident causé par un tiers oui non (si oui, remplir le questionnaire au verso)

Je soussigné,.....

Président de l'amicale de.....

Certifie exactes les informations déclarées ci-dessus.

À....., le.....

Cachet

Signature

Vu le....., à.....

par.....

Président de l'Union Départementale.

Cachet

Signature

P.F.R

L'Etat a mis en place en 2006 avec prise d'effet en 2005 un dispositif financier au bénéfice des Sapeurs- Pompiers Volontaires ayant accompli au moins 20 ans de service.

PRESTATION DE FIDELISATION ET DE RECONNAISSANCE

➤ Condition d'attribution

- Avoir cessé définitivement son activité de Sapeur-Pompier Volontaire
- Etre âgé d'au moins 55 ans
- Avoir accompli en une ou plusieurs fois 20 ans de service
- S'être acquitté des cotisations personnelles obligatoires

Si la durée de l'engagement de l'agent n'atteint pas les 20 années, l'organisme peut lui rembourser, sur demande, les cotisations qu'il a versé au titre de l'obligatoire.

➤ Condition d'adhésion

Le paiement de la cotisation et l'adhésion au dispositif n'est effective qu'à partir de la 6^{ème} année d'engagement.

➤ Fonctionnement

Le fond de pension est alimenté par 3 types de cotisations :

- Cotisation annuelle financée par le SDIS,
- Cotisation obligatoire annuelle payée par chaque agent,
- Cotisation facultative annuelle pouvant être souscrite en complément par chaque agent qui le désire.

➤ Procédure

Le service départemental envoie chaque année par courrier au domicile de chaque agent un appel de cotisation.

Vous devez donc obligatoirement vous acquitter le montant de cette participation en envoyant au SDIS un chèque suivant la procédure déterminée.

CHAPITRE X

REGLES

ENGAGEMENT

OPERATIONNEL

EQUIPIER

MISSION DE SECOURS V.S.A.V

- CAD 1
- SAP 1
- ATC
- TOP 1
- RTN 1

MISSION INTERVENTIONS DIVERSES C.I.D

- CAD 1
- INC 1.1
- DIV 1
- ATC
- TOP 1
- RTN 1

MISSION FEUX DE FORETS CCF

- CAD 1
- INC 1.1
- ATC
- TOP 1
- RTN 1
- FDF 1

MISSION FEUX URBAINS FPTL

- CAD 1
- INC 1-1
- ATC
- TOP 1
- RTN 1
- INC 1-2

CAPORAL CHEF D'EQUIPE

- FIA SPV
- TOP 2
- GOC 1

CAPORAL CHEF D'AGRES VSAV/ CID

- FIA SPV
- TOP 2
- GOC 1
- SAP 2
- DIV 2

CAPORAL CHEF D'AGRES CCF

- FIA SPV
- TOP 2
- GOC 1
- FDF 2

SERGEANT CHEF D'AGRES VSAV/CID

- FIA SPV
- FAE CHEF D'EQUIPE
- CAD 2
- MNG 1
- REP 1
- GOC 2
- TOP 3
- SAP 2
- DIV 2

SERGEANT CHEF D'AGRES FPTL

- FIA SPV
- FAE CHEF D'EQUIPE
- CAD 2
- MNG 1
- REP 1
- TOP 3
- GOC 2
- INC 2

SERGEANT CHEF D'AGRES VSR

- FIA SPV
- FAE CHEF D'EQUIPE
- CAD 2
- MNG 1
- REP 1
- TOP 3
- GOC 2
- SAP 2
- DIV 2

LIEUTENANT CHEF DE GROUPE URBAIN

- F.I LIEUTENANT SPV
- GOC 3

LIEUTENANT CHEF DE GROUPE FEUX DE FORETS

- F.I LIEUTENANT SPV
- FDF 3

CONDUCTEUR PL

- PERMIS POIDS LOURD
- COD 1

CONDUCTEUR PL HORS ROUTE

- PERMIS POIDS LOURD
- COD 1
- COD 2

**DANS TOUS LES CAS, CHAQUE AGENT
DOIT ETRE A JOUR DE SES F.M.A**

Réunion du 21 juin 2004

Proposition de doctrine d'emploi des sapeurs-pompiers volontaires mineurs

Le décret n°2004-1141 du 28 novembre 2003 relatif aux sapeurs-pompiers volontaires prévoit, dans une de ses mesures phares, l'abaissement à 16 ans de l'âge de signature du 1^{er} engagement quinquennal.

Afin d'accompagner la mise en œuvre de cette disposition, il est proposé la mise en œuvre d'une doctrine d'emploi permettant de concilier le respect de la réglementation en vigueur, les attentes des intéressés et de leurs familles ainsi que la sécurité juridique de l'établissement et de ses ayants droits.

Cette doctrine d'emploi pourrait se décliner de la manière suivante :

1) Pour les jeunes titulaires du brevet de jeunes sapeurs-pompiers**Conditions d'engagement :**

Conditions réglementaires dont :

- autorisation parentale
- aptitude physique en présence des parents
- titulaire du brevet de jeunes sapeurs-pompiers

Volume quantitatif autorisé par rapport à l'effectif du CIS :

20% au plus de l'effectif adulte du CIS ayant plus de 5 ans d'ancienneté en qualité de SPV

Formation initiale :

Permettre à l'intéressé d'obtenir les modules de la formation initiale (INC1, TOP1, CAD1, DIV1, + module SAP1 avec AFPS, CFAPSE, DSA) avant tout départ en intervention autorisé par le règlement intérieur du corps départemental

- avec obligatoirement tutorat :
 - 1 chef de garde caporal (5 ans d'ancienneté comme SPV)
 - ou
 - 1 chef d'agrès caporal (5 ans d'ancienneté comme SPV)

Conditions d'activation :

- pour les jeunes âgés de moins de 18 ans et ayant moins de 12 mois d'ancienneté
 - 3^{ème} au CID (DIV1) et 4^{ème} au VSAV (avec AFPS+CFAPSE+DSA)
 - Interventions rémunérées au taux de la vacation applicable aux activités de formation

- pour les jeunes âgés de moins de 18 ans et ayant plus de 12 mois d'ancienneté :
 - VSAV
 - CID
 - Formation aux UV incendie (INC1, FDF1) et CFAPSR
- 1 sapeur-pompier mineur par garde programmée et par engin au départ (VSAV, CID ET 3^{ème} au VSR))

II) Pour les jeunes non titulaires du brevet de jeunes sapeurs-pompiers

Conditions réglementaires : idem I

Volume quantitatif autorisé par rapport à l'effectif du CIS :

Limitation à 10% de l'effectif adulte du CIS ayant plus de 5 ans d'ancienneté en qualité de SPV.

Conditions d'activation : idem I

-pour les jeunes âgés de moins de 18 ans et ayant moins de 6 mois d'ancienneté.

Pendant les 6 premiers mois : formation rémunéré au taux de la vacation applicable aux activités de formation (75%). Aucune intervention et activité consacrée exclusivement à la formation (AFPS, CFAPSE, DSA, DIV1)

Stages organisés au sein d'un même site dans chaque groupement. Les jeunes sont regroupés pendant les vacances scolaires et suivent le même stage spécifique.

- pour les jeunes âgés de moins de 18 ans et ayant moins de 12 mois d'ancienneté : idem I

- pour les jeunes âgés de moins de 18 ans et ayant plus de 12 mois d'ancienneté : idem I

Enfin il est précisé que les engagements sur interventions concernant les feux sont impérativement exclus aux jeunes de moins de 18 ans.



Le comité émet un avis favorable à l'unanimité.

Le président